

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 août 1883, à 1 heure

Par WULFRAN-JULES LANGOT,

Né à Poitiers, le 8 février 1850.

LES HÉMORRHOÏDES

ET LEUR TRAITEMENT

PAR LA PINCE CAUTÈRE ÉCRASANTE

Président : M. RICHET, professeur.

*Juges : MM. { DELENS, professeur,
GRANCHER, RICHELOT, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

ALPHONSE DERENNE

Boulevard Saint-Michel, 52

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N° 442

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 août 1883, à 1 heure

Par WULFRAN-JULES LANGOT

Né à Poitiers, le 8 février 1850.

LES HÉMORRHOÏDES

ET LEUR TRAITEMENT

PAR LA PINCE CAUTÈRE ÉCRASANTE

Président : M. RICHET, professeur.

*Juges : MM. { DELENS, professeur.
GRANCHER, RICHELOT, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

ALPHONSE DERENNE

Boulevard Saint-Michel, 52

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Pathologie chirurgicale	{ GUYON.
	{ DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	{ G. SÉE.
	{ LASÈGUE.
	{ HARDY.
	{ POTAIN.
	{ PARROT.
Maladies des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques et de dermatologie	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses	{ RICHEL.
	{ GOSSELIN.
	{ VERNEUIL.
	{ TRELAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	DÉPAUL.

Doyens honoraires : M. WURTZ. M. VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM. BERGER	MM. GRANCHER	MM. LEGROUX	MM. RECLUS
BOCQUILLON	HALLOPEAU	MARCHAND	REMY
BOUILLY	HANRIOT	MONOD	RENDU
BUDIN	HENNIGER	OLLIVIER	RICHELOT
BOURGOLIN	HUMBERT	PEYROT	RICHEL
CADIAT	JOFFROY	PINARD	STRAUS
DEBOVE	LANDOUZY	POZZI	TERRILLON
DIEULAFOY	DE LANESSAN	RAYMOND	TROISIER
GAY			

Chef des travaux anatomiques FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

A M. ET M^{me} GEFFRÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RICHET

MEMBRE DE L'INSTITUT

A MADAME AUZOUX

A M. A. MONTAUDON

A M. LE D^r BAZY

Chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

A M. LE D^r TALAMON

Chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.

A MES AMIS

LES HÉMORRHOÏDES

ET LEUR TRAITEMENT

PAR LA PINCE CAUTÈRE ÉCRASANTE

La pince cautère écrasante, imaginée par M. le professeur Richet, est un appareil qui, simple dans sa construction, simple dans son mode d'emploi, a donné et donne chaque jour les meilleurs résultats. Cet appareil, dans sa simplicité apparente, répond cependant, quand on veut analyser son fonctionnement, à plus d'un desideratum de ceux qui se sont occupés de la question, la sécurité de l'opérateur et la rapidité de la guérison.

Si je ne m'abuse, le mode opératoire envisagé par M. Duplay comme étant le plus simple et le plus sûr dans ses résultats : la cautérisation interstitielle ou destructive combinée avec l'écrasement, a trouvé sa solution dans la pince cautère écrasante.

Ce mode opératoire faisait à peine son entrée dans l'arsenal chirurgical au moment où M. le professeur Gosselin écrivait ses admirables leçons sur les hémorrhoïdes. Il ne put que signaler le fait. Si la pince cautère écrasante avait eu, à cette époque comme aujourd'hui, la sanction du temps, il n'est pas douteux qu'il eût reporté sur elle la

préférence qu'il donnait alors à la cautérisation simple par le fer rouge, dans les cas où l'acide azotique demeurerait impuissant à lutter contre les gros bourrelets hémorroïdaux.

Ce procédé par la pince cautère écrasante de M. le professeur Richet, n'a pas encore été décrit. Les auteurs qui ont récemment écrit le signalent bien dans leurs ouvrages, mais aucun travail spécial n'a été fait sur ce sujet, et nous ne connaissons que la note de M. le Dr Bazy, le savant chef de clinique de M. le professeur Richet.

Ce travail, je l'entreprends aujourd'hui avec la ferme persuasion que la connaissance de ce procédé pourra rendre bien des services en plus d'une circonstance. La simplicité de son application, la certitude des résultats sont telles qu'on ne saurait hésiter à lui donner le pas sur d'autres procédés qui ne sont certainement pas sans valeur, mais qui demeurent bien inférieurs à la pince cautère écrasante.

C'est du reste ce que la suite de ce travail a pour but de montrer par le parallèle que je m'efforcerai d'établir entre la pince cautère écrasante et les autres principaux moyens curatifs préconisés contre cette affection.

Il serait injuste en effet de passer sous silence des procédés qui tous ont compté plus ou moins de succès, qui tous ont eu plus ou moins de vogue et en ont encore, qui tous ont pour but d'apporter un soulagement durable, sinon la guérison pleine et entière, et dont quelques-uns n'ont disparu de la scène clinique qu'à cause des inconvénients que leurs succès n'étaient pas arrivés à compenser suffisamment. Il ressortira de l'exposé des faits, nous l'espérons du moins, que la pince cautère écrasante de M. le professeur

Richet possède les avantages des autres procédés sans donner lieu à leurs inconvénients.

Pour ceux enfin qui se demanderaient pourquoi tant insister sur un état morbide, considéré naguère encore comme une manière d'être salubre, nous établirons au début de ce travail, en nous appuyant sur des faits et sur les écrits d'auteurs autorisés, les raisons pour lesquelles non-seulement les hémorroïdes ne sont pas salutaires, mais encore constituent un mal contre lequel il y a souvent lieu de réagir et parfois même avec vigueur.

Je remercie M. le professeur Richet des indications qu'il a bien voulu me donner ; je remercie de même M. le D^r Bazy de la note inédite qu'il a eu l'obligeance de me transmettre.

Heureux, si je puis contribuer dans la mesure de mes faibles forces, à faire apprécier un procédé opératoire qui a déjà donné tant et de si bons résultats entre les mains habiles de notre vénéré maître, non moins que dans celles de ses élèves.

« A une époque peu éloignée de la nôtre, on considérait encore les dilatations variqueuses des veines du rectum et les hémorrhagies provenant de ces vaisseaux comme dépendant d'une maladie constitutionnelle particulière, la maladie hémorroïdale, maladie dont les symptômes étaient censés constituer une des manifestations les plus favorables sous laquelle le mal pût se localiser. On considérait comme beaucoup plus fâcheux que les hémorroïdes gagnassent d'autres organes, qu'elles remontassent vers la tête, la poitrine, l'abdomen. Cette manière de voir est généralement abandonnée depuis qu'on a reconnu le grand rôle que jouent les conditions mécaniques dans la production des dilatations veineuses et des hémorrhagies du rectum et combien la théorie des hémorroïdes déplacées ou remontées est peu en harmonie avec les faits (1). »

C'est aux théories d'Hippocrate, Galien, Stahl, Trnka, Delaroque et de tous ceux qui les ont suivis dans cette voie que l'on doit l'idée de l'utilité problématique des hémorroïdes, ces émonctoires prétendus salutaires. Ces théories tendent heureusement à disparaître de plus en plus devant les observations de la science plus judicieuses et mieux suivies ; et de remarquables travaux, publiés de nos jours, ont établi solidement que « les hémorroïdes ne sont jamais bonnes à conserver lorsqu'elles sont l'occasion de souffrances et de malaise (2). »

1. Niemeyer. Trad. V. Cornil *Éléments de pathologie interne et de thérapeutique* tome 1^{er}.

2. Gosselin. *Leçons sur les hémorroïdes*.

Aussi l'utilité de l'intervention chirurgicale n'est-elle plus contestée par personne. Pour en arriver cependant à cette idée si simple « qu'une lésion n'est jamais salutaire quand elle fait perdre à celui qui en est atteint une partie de ses aptitudes physiques (1) » il a fallu des siècles. C'est ce qui arrive fatalement du reste quand, par insuffisance d'observation on substitue avec trop de facilité les vues de l'esprit aux enseignements de la pratique. D'autre part la production de maladies intérieures, survenues à la suite de la suppression du flux hémorrhoïdal périodique, n'a jamais été parfaitement établie. Nous constatons au contraire ces mêmes maladies concomitantes avec le flux hémorrhoïdal qui avait pourtant mission de les arrêter. Faute d'examen il arrive de prendre l'effet pour la cause. « Ainsi dans les maladies du poumon qui ont pour effet de comprimer les capillaires et de les rendre imperméables, nous voyons souvent naître des hémorroïdes que les malades prennent ensuite pour la cause et non pour l'effet de la maladie pulmonaire. De la même manière les hémorroïdes se développent dans les maladies du cœur.

« Enfin on entend beaucoup parler des dangers que peut offrir une interruption des pertes hémorrhoïdales devenues habituelles. Certes, il n'est pas permis de prétendre qu'il n'y ait absolument rien de fondé dans cette assertion ; seulement il ne faut pas qu'on aille chercher dans les hémorroïdes fluentes un effort de guérison de la nature.... La chose importante est la perte de sang et cette perte pouvant être remplacée par des soustractions locales de ce liquide,

1. Gosselin. *Loc. cit.*

le dommage n'a lieu de fait que quand le médecin perd de vue l'indication des émissions sanguines » (1).

L'auteur des leçons sur les hémorroïdes dit à propos du flux hémorroïdal périodique : « Tous ceux, interrogés sur les écoulements de sang dont ils se disaient atteints par suite d'hémorroïdes, reconnaissaient que la prétendue périodicité ne présentait jamais la même exactitude dans les retours ni la même continuité de l'écoulement. La périodicité, ajoute-t-il, s'accordait si bien avec l'erreur ancienne sur la congestion salubre qu'on ne songeait même pas à mettre en doute sa réalité. » Non, l'utilité des hémorroïdes n'est pas prouvée, peut-être n'a-t-elle jamais existé que dans l'imagination de ceux qui se sont faits les propagateurs de cette fausse théorie. C'est en vain que Galien, Stahl et son école viennent poser en principe que les hémorroïdes dissipent les douleurs des articulations et que les supprimer c'est provoquer de gaité de cœur des douleurs cardiaques et mettre les malades sous le coup imminent d'apoplexies fatales. Je répondrai que j'ai rencontré une personne atteinte à la fois de douleurs rhumatismales et cardiaques en même temps que d'un flux hémorroïdal enduré pendant plus de trente ans, flux qui n'a jamais été arrêté, flux contre lequel jamais rien n'avait été tenté, même dans un but d'amélioration ; cela ne l'a pas empêchée de succomber il y a quelques années à une attaque d'apoplexie.

Je pourrais citer encore cet autre cas : Un ami de ma famille payait de sa vie l'idée préconçue de l'utilité des hémorroïdes, succombant aux suites terribles d'hémorrha-

1. Niemeyer. Trad. V. Cornil, *loc. cit.*

gies incessantes. Il mourait, jeune encore, emporté par une anémie profonde contre laquelle rien n'avait pu réagir.

Voici du reste quelques lignes que j'emprunte à l'article de M. Lannelongue, dans le *nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. « Nous savons que bon nombre d'hémorroïdaires anciens, à fluxions périodiques, ont supporté sans inconvénient immédiat ou ultérieur, qu'on les privât de leurs tumeurs et qu'on supprimât du même coup leur écoulement habituel ; nous n'ignorons pas davantage que la soigneuse conservation d'hémorroïdes anciennes n'a point pu préserver indéfiniment ceux qui en étaient porteurs d'affections plus graves dont elles semblaient devoir toujours les prémunir (1). »

C'est à Boyer et Dupuytren qu'on doit d'avoir les premiers en France, signalé les inconvénients des hémorroïdes et la nécessité d'y remédier sans trop s'inquiéter des dangers imaginaires de leur suppression. Bérard acheva l'œuvre commencée et « par la justesse de sa critique des idées erronées sur l'utilité des hémorroïdes brisa les entraves apportées jusqu'alors à la thérapeutique par les théories anciennes (2). »

D'autre part les exemples nombreux rapportés par Chassaignac de tumeurs et de flux sanguins guéris sans aucun inconvénient pour la santé ont fini par amener les esprits à une plus juste appréciation des choses.

« Certainement les médecins qui ont parlé des avantages des hémorroïdes n'ont pas su observer... S'ils l'avaient su,

1. Lannelongue. *Nouv. Dict. de méd. et de chirurgie prat.* (art. hémorroïdes).

2. Gosselin. *Loc. cit.*

ils n'auraient pas aussi longtemps persisté dans leur opinion que les hémorroïdes étaient salutaires. On est vraiment surpris de voir que de pareilles souffrances aient été quelquefois présentées au patient comme un bénéfice (1). »

« Si l'on tient compte de l'infirmité souvent pénible et quelquefois dégoûtante que constituent les hémorroïdes, si l'on songe aux troubles profonds que cette affection imprime fréquemment aux facultés morales des individus, à l'hypochondrie, à la misanthropie qu'elle détermine quelquefois, on ne sera pas éloigné de reconnaître aux hémorroïdes une certaine gravité, surtout si l'on se rappelle que certaines complications, telles qu'une anémie profonde, des décollements, des fistules ou des rétrécissements du rectum, peuvent être la conséquence de l'inflammation de ces tumeurs (2). »

En présence de semblables faits, je dirai volontiers avec M. le professeur Gosselin : « Je ne saurais admettre que la Providence se serve de pareils moyens pour maintenir l'équilibre de la santé. »

Je tenais à établir, en m'appuyant à la fois et sur des faits et sur la parole des auteurs qui se sont occupés de la question, que les hémorroïdes sont un mal, et un mal que non seulement il ne faut pas entretenir et, à plus forte raison faire naître chez ceux qui n'en sont pas atteints, mais encore un mal qu'il faut combattre. Est-ce à dire pour cela cependant, qu'il faille en tout et toujours proclamer la nécessité absolue de l'intervention ? Assurément, ce serait aller trop loin. En effet, en présence de ces hémor-

1. Gosselin. *loc. cit.*

2. Lannelongue. *loc cit.*

rhoïdes externes, caractérisées par ces petits prolongements cutanés, ridés, flétris et indolents à la pression, ne donnant jamais lieu à aucun symptôme fonctionnel, il n'y a évidemment, qu'à s'abstenir. Le remède serait plus grave que le mal, puisque c'est à peine si ces hémorroïdes constituent une légère infirmité. Il arrive bien, il est vrai, que ces petites masses indolentes peuvent devenir le siège de douleurs plus ou moins vives, parfois même assez aiguës, mais ces phénomènes douloureux ne sont que passagers. Quelques jours de souffrance, puis ordinairement tout rendre dans l'ordre sans jamais plus revenir. Dans la majorité des cas observés, c'est à peine si l'on voit le même individu exposé, sa vie durant, à plus de trois ou quatre récidives. Le seul cas fâcheux dans lequel l'intervention pourrait être indiquée, est celui où l'hémorroïde externe indurée, occasionne des souffrances et de la gêne par suite d'érythème habituel ou d'érosion douloureuse pendant ou après défécation.

Mais il n'en est pas de même des hémorroïdes internes, du moins des hémorroïdes internes procidentes. Je ne parle que des dernières : car pour les hémorroïdes internes non procidentes ou qui, tout en l'étant légèrement, rentrent facilement seules, constamment renfermées dans la cavité rectale, elles ne semblent pas donner lieu à des accidents bien manifestes. Mais il arrive un moment où le paquet hémorroïdal acquiert un volume assez considérable pour franchir l'orifice de l'anus, où l'attendent diverses destinées. Cette tumeur est encore réductible, soit sous l'influence de manœuvres bien dirigées, soit par suite de la rupture des varices et de l'écoulement sanguin.

C'est là que commencent à la fois et les ennuis et le début des suites redoutables de cette maladie. En premier lieu la souffrance, vive ou peu marquée, elle ne fait jamais défaut, elle revêt les formes les plus variées et, pendant la crise, le moindre contact, la pression la plus légère exaspèrent la souffrance. A ce degré, tout peut encore se calmer par l'écoulement sanguin qui met fin à la crise, mais ce soulagement est payé bien cher, si l'on veut en envisager les suites. Peu marquées, ces hémorrhagies n'ont pas grande gravité ; mais le propre de ces hémorrhoides procidentes, à l'inverse des hémorrhoides externes, est de tendre vers la récurrence et les récurrences sont fréquentes. Dès lors apparaît l'anémie et avec elle son cortège de symptômes morbides qu'on ne sera pas tenté de prendre pour des signes salutaires aux pauvres malades.

Un pas de plus et nous assistons à un véritable martyre. L'hémorroïde vient de franchir l'orifice anal, elle s'est étranglée et les manœuvres les mieux dirigées restent impuissantes, devant la turgescence énorme du bourrelet, à lui faire reprendre sa place dans la cavité rectale.

A l'anus se trouve un double bourrelet constitué, l'un par les hémorrhoides externes rosées ou plus ou moins rouges, l'autre par les hémorrhoides internes violacées au début de la crise, puis se fonçant de plus en plus pour devenir noires et aboutir finalement à la gangrène. Mais tout cela se ne fait qu'au milieu des douleurs les plus atroces réveillées par le moindre contact ou le plus petit mouvement. Les malheureux patients cherchent dans les positions les plus bizarres, les moyens d'échapper à la dou-

leur en écartant les causes de compression des tumeurs. Rien ne peut adoucir ces souffrances.

Ce qui frappe au milieu de tout cela, c'est que la nature tend parfois par ses propres forces à amener la guérison, et je ne sache pas qu'après ces crises spontanées qui délivrent ordinairement à tout jamais les malades de leur affection, on ait signalé l'apparition d'une autre maladie propre à remplacer l'affection disparue.

Pourquoi alors le chirurgien ne chercherait-il pas à suivre les enseignements de la nature et à se substituer à elle dans les cas où elle n'agit que partiellement et souvent d'une façon problématique ?

Ces cas, je les résumerai ainsi : « si l'hémorroïde externe indurée occasionne des souffrances ou seulement de la gêne par suite de l'érythème habituel ou récidivant ; si surtout elle est le siège d'une érosion douloureuse pendant et après la défécation, il y aurait lieu de faire disparaître la cause du mal. L'opération se fera du reste, avec d'autant plus de sécurité que dans cette variété d'hémorroïdes, les veines ont tout à fait disparu et la phlébite n'est nullement à craindre (1). »

Pour les hémorroïdes internes, quand, d'un assez grand volume pour sortir de l'anus, elles s'enflamment, s'ulcèrent et donnent lieu à des hémorrhagies, de manière à être une cause constante de malaise et de souffrance, il faut les enlever par l'opération.

Quant au traitement simultané des hémorroïdes internes et externes concomitantes, voici ce que dit M. le professeur Gosselin : « Amussat a cherché à introduire une in-

1. Gosselin. *Loc. cit.*

novation déjà conseillée par Sabatier, mais à laquelle on n'avait pas prêté une suffisante attention; celle de ne pas toucher aux hémorroïdes externes et de s'adresser seulement aux internes », et il reproche à Chassaignac de n'avoir pas tenu compte de ce précepte.

Curling de son côté, écrit dans son *Traité des maladies du rectum* : « Lorsque le chirurgien observe quelques hémorroïdes externes un peu volumineuses ou quelques replis de peau, il fera bien de les exciser en même temps. Citant à ce propos l'observation d'un jeune pasteur sur lequel il avait pratiqué la ligature d'hémorroïdes internes, il ajoute : « L'opération irrita les hémorroïdes externes, y amena une inflammation et un gonflement excessifs et les douleurs furent si vives que le troisième jour après l'opération, je fus obligé de les exciser (1). »

L'observation de Curling est celle dont on tient le plus habituellement compte.

Bien des moyens pour arriver à ce résultat, débarrasser les malades d'une affection aussi douloureuse dans sa manière d'être que dangereuse dans ses conséquences, bien des moyens, dis-je, ont été préconisés. Et si tous ont compté des résultats heureux, malheureusement ils ne se sont pas toujours montrés exempts de tout danger. Le but final d'un remède est la guérison du malade et ce but ne se trouve évidemment pas atteint, quand le résultat définitif tend à compromettre son existence ou à substituer une infirmité à celle dont on s'était proposé de le débarrasser. Telle a été pourtant la destinée de bien des méthodes préconisées.

1. Curling, *loc. cit.*

Les unes rationnelles dans leur conception, simples dans leur mode d'emploi ont amené des résultats désastreux. D'autres inoffensives à la vérité, ont pu donner de bons résultats dans certains cas, mais sont demeurées impuissantes dans ceux contre lesquels il est précisément le plus urgent d'agir.

En premier lieu, nous rencontrons l'excision. C'est peut-être de toutes les méthodes celle qui a été le mieux connue. Tous les auteurs en parlent dans leurs écrits. Cette méthode en effet, semble des plus simples et des plus rationnelles. Débarrasser le malade de ses tumeurs hémorroïdaires par le bistouri ou les ciseaux avec la précaution de laisser à leur base un pédicule dans le but d'éviter les rétrécissements consécutifs qu'aurait pu faire naître une trop large perte de substance devait être naturellement le premier moyen auquel on dut songer. Ce mode opératoire fut celui de Dupuytren et de Boyer. Mais les hémorrhagies graves auxquelles ne purent obvier ces habiles opérateurs, jointes aux dangers de l'infection purulente à l'abri de laquelle ne se trouvaient pas toujours les malades, a fait renoncer de nos jours à l'emploi de ce procédé. En vain, a-t-on cherché à substituer la rescision à l'excision en n'enlevant que la portion culminante des tumeurs. Le résultat au point de vue de l'hémorrhagie et des rétrécissements consécutifs fut un peu meilleur, mais ce procédé, pas plus que le précédent, ne sut mettre à l'abri des récives et de la pyohémie.

La question n'était pas résolue et d'autres moyens devenaient nécessaires. L'écraseur linéaire de Chassaignac fut un grand pas fait dans la voie thérapeutique des hémorroïdes ; et, si les résultats ultérieurs eussent répondu à la

simplicité et au brillant de l'opération, nul doute que la question eût été résolue. Malheureusement, il n'en fut pas ainsi, et là encore on eût maintes fois à déplorer les suites funestes du traitement.

Voici ce que disait Nélaton dans la *Gazette des hôpitaux* de 1860 : « Pendant quelque temps, après son emploi, les malades sont enchantés et le chirurgien croit qu'il a obtenu un résultat magnifique, mais après quelques mois le tissu cicatriciel se rétracte et le malade souffre d'un rétrécissement de l'anüs. Dans l'espace d'une année j'ai vu un grand nombre de malades qui sont venus me trouver pour tenter de remédier, par une opération, à cette fâcheuse conséquence de l'ablation des hémorroïdes. Le rétrécissement admettait à peine le passage d'une plume. Cela est arrivé parce qu'on avait enlevé, non-seulement les replis muqueux qui seuls constituent la maladie, mais encore une portion plus ou moins considérable de la peau de l'orifice anal (1). »

L'écrasement linéaire annulaire ou total fut modifié par Gosselin, qui ne pratiquait plus une section annulaire complète, mais des sections partielles ne portant que sur les points les plus soulevés de la muqueuse. En d'autres termes, pour obvier au rétrécissement anal consécutif à l'opération, M. Gosselin laissait intactes des portions de muqueuses entre chaque partie, qu'il se proposait d'extirper. La lenteur qu'entraînait cette façon d'opérer était compensée par l'emploi simultané de plusieurs écraseurs. « Mes premières tentatives dans cette direction ont été heu-

1. Nélaton. *Gazette des hôpitaux*, 1860, n° 23.

reuses, écrit-il, et lorsque je faisais part à la Société de chirurgie de mes deux innovations : l'abandon à elles-mêmes des hémorroïdes externes et l'ablation par place des hémorroïdes internes, je croyais sincèrement que la perfection était atteinte et que la chirurgie était en possession d'un moyen tout à la fois certain et innocent contre les hémorroïdes douloureuses ou trop saignantes.

Hélas cette illusion devait bientôt tomber (1) !

En effet, il raconte que dans les années 1859 et 1862 il perdait deux de ses malades à la suite d'infection purulente.

Les résultats séduisants d'une opération ne suffisent pas s'ils ne portent en eux toute l'innocuité nécessaire pour mettre à l'abri les jours du malade.

La ligature, employée dans le même but que les méthodes précédentes, a donné, paraît-il, de bons résultats entre les mains des chirurgiens anglais. Les statistiques d'Allingham constatent des succès nombreux et réels ; chez nous, elle n'est pas employée et les documents me manquent pour établir sa juste valeur. Gosselin la déclare inférieure à l'écraseur linéaire qui agit à la manière de la ligature, (on l'avait même nommé à cause de cela ligature extemporanée) et il lui reproche de joindre aux dangers de l'infection purulente les inconvénients d'une douleur excessive et prolongée. De l'aveu même d'Allingham, on est presque toujours obligé dans les jours qui suivent l'opération d'avoir recours aux lavements opiacés ou aux injections de morphine.

1. Gosselin, *loc. cit.*

La dilatation forcée de l'anus que faisaient connaître à peu près en même temps M. le professeur Verneuil et Fontan de Lyon fut mise en lumière par la thèse de Cristofari. Depuis, un mémoire de Vannebroucq et les thèses de Fred. Monod et Pauzat sont venus ajouter de nouveaux documents pour juger cette nouvelle méthode. Le but de ce procédé est de faire disparaître la contracture du sphincter qui, suivant quelques chirurgiens, joue un rôle capital, sinon, dans la production des hémorroïdes, du moins dans leur développement ultérieur et dans les accidents qui suivent leur procidence. Si la douleur et la procidence disparaissent sous l'action de la dilatation forcée de l'anus, « peut-on croire, dit Duplay, que la méthode de traitement y soit pour quelque chose, quand on réfléchit que ce même phénomène se montre dans les cas d'hémorroïdes non traitées par la cessation spontanée de la congestion hémorroïdaire? Peut-on conclure que les hémorroïdes sont guéries? Nous ne le croyons pas, car chacun sait avec quelle difficulté on constate l'existence des hémorroïdes en dehors de leurs époques de turgescence (1) ». En effet, la cure n'est pas radicale, elle n'est que temporaire et cette année M. le professeur Richet opérait dans son service un malade pour une récurrence d'hémorroïdes traitées une première fois déjà par la dilatation.

Houston en 1843, donnait dans un travail les résultats heureux obtenus par l'acide azotique. Sa pratique fut suivie par Fergusson, H. Lée, Curling en Angleterre, pen-

1. Follin. *Loc. cit.*

dant qu'en France Gosselin cherchait à la vulgariser en proclamant et l'innocuité de la méthode en même temps que les bons effets qu'il en avait obtenus. Mais c'est seulement dans les cas de petites tumeurs que cette méthode trouve son application, tandis qu'elle est demeurée impuissante en présence de ces énormes bourrelets, contre lesquels cependant il est le plus urgent d'agir. Voici du reste ce que dit Curling dans l'ouvrage que j'ai cité plus haut : « Si la tumeur n'est pas trop volumineuse, ce procédé (acide nitrique) réussit très bien, mais il ne convient pas à l'ablation des bourrelets hémorroïdaux et des tumeurs de grande dimension. Le traitement par l'acide nitrique a été préconisé à tort, ce qui fait qu'on l'a appliqué dans des circonstances où il était tout à fait insuffisant. Je connais bon nombre de cas dans lesquels on a tenté d'enlever par cette méthode des tumeurs volumineuses sans succès : ces hémorroïdes exigent l'emploi d'autres moyens thérapeutiques. J'ai eu également connaissance de faits dans lesquels le caustique avait été appliqué trop largement ; il en est résulté des souffrances extrêmement vives et à la chute des eschares il y eut des hémorrhagies inquiétantes et des ulcérations étendues très difficiles à guérir (1). »

La cautérisation au fer rouge, tour à tour abandonnée et mise au premier rang de la thérapeutique, a constamment donné de bons résultats, là où les autres méthodes avaient échoué. Différentes modifications ont été apportées à ce procédé afin de lui donner toute la sécurité désirable. De ce nombre est la pince de Jobert et le clamp des Anglais ;

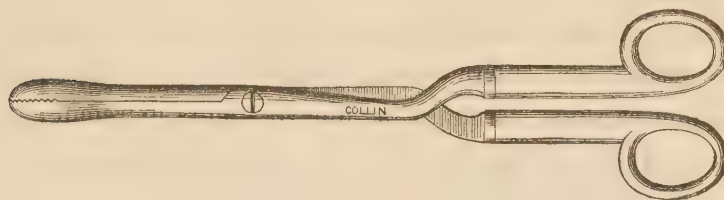
1. Curling, *loc. cit.*

mais les meilleurs résultats ont été fournis incontestablement par la pince cautère écrasante de M. le professeur Richet, grâce à la simplicité de l'opération, la sécurité qu'elle donne au chirurgien et la rapidité de la guérison qu'elle procure.

Je sais bien qu'on a vanté le thermo-cautère et sans vouloir faire ici le procès à un appareil qui a rendu et rend chaque jour encore de si nombreux services il ne faudrait pourtant pas demander à cet appareil, si généreux en tant d'autres circonstances, plus qu'il ne peut donner. Il y aurait mauvaise grâce de notre part. En effet dans ces cas où l'on se trouve en présence de ces énormes bourrelets hémorroïdaux, gorgés de sang veineux, turgides, au point qu'il semble que le sang n'est séparé de l'extérieur que par une mince pellicule, cas dans lesquels les parois vasculaires et le tissu intermédiaire sont amincis et délimitent de vastes lacs veineux dont la coupe montre un orifice largement béant d'où le sang s'écoule en grande abondance à la moindre piqûre « dans ces cas, dis-je, le thermo-cautère me paraît réellement impuissant à remplir le but, à savoir arrêter l'hémorrhagie et faire une plaie brûlée. On ne peut éviter ce dilemme : ou chauffer vivement le thermo-cautère pour qu'il ne soit pas encrassé par le sang qui se carbonise à sa surface, et alors on n'a pas l'effet hémostatique, ou au contraire le chauffer au rouge sombre pour avoir l'effet hémostatique et alors il s'encrasse immédiatement, et ne peut plus opérer la section. On évite, comme nous le verrons, ces deux inconvénients par l'emploi de la pince cautère écrasante » (1).

1. Dr Bazy. Note inédite.

Cette pince, que représente la figure ci-dessous, est construite sur le modèle de la pince à friser, de la pince à papillotter dont se servent les coiffeurs ; seulement les branches en sont plus épaisses. Arrondies sur trois de leurs côtés, ces branches sont planes sur les faces qui doivent être en contact et présentent, à ce niveau, sur une étendue de trois à quatre centimètres de longueur et un centimètre environ de largeur, des cannelures ou des quadrillés. Toute cette partie de l'instrument est en acier, c'est celle destinée à être rougie pour l'opération.



Un peu au-delà du pivot sur lequel les branches s'articulent, chacune d'elles se termine par une tige en bois recourbée en anneaux destinés à recevoir les doigts de l'opérateur. Cette disposition a pour but d'empêcher la communication d'une trop vive chaleur à la main du chirurgien. La longueur totale de la pince est de 20 à 25 centimètres.

« Le procédé sur lequel repose l'emploi de l'instrument, et dont il ne faut jamais s'écarter, sous peine d'avoir ultérieurement un rétrécissement de l'orifice anal, est de pratiquer la cautérisation et la destruction du bourrelet hémorroïdal dans des points séparés par des intervalles plus ou moins étendus que le cautère n'atteint pas.

Les portions saines de l'orifice anal pourront par leur

extensibilité suffire à la dilatation. Nous verrons, que, malgré cela, la cure n'en est pas moins radicale.

Le procédé opératoire est le suivant :

Comme préliminaires opératoires, on donne la veille au malade un purgatif et le lendemain un lavement deux heures avant l'opération, de façon que, l'ampoule rectale étant débarrassée des matières fécales, le chirurgien ait toute liberté d'action. Le malade préalablement chloroformé est placé dans la position qu'on lui donne dans l'opération de la fistule à l'anus; couché sur le côté, le membre inférieur correspondant au côté sur lequel il se trouve étendu, l'autre fortement fléchi en avant. « On a : 1° des fils de cuivre recuit, malléables par conséquent et non cassants, terminés à une de leurs extrémités par une aiguille pointue en acier ; 2° une ou deux érignes.

On peut d'abord pratiquer la dilatation forcée de l'anus, mais cela n'est pas nécessaire. En effet une portion du bourrelet hémorroïdal peut être attiré en dehors par une érigne glissée sur le doigt indicateur, et le reste vient ensuite de lui-même se présenter au dehors. Il faut que l'érigne soit introduite profondément pour attirer une bonne portion du bourrelet au dehors. A la base de cette masse ainsi attirée, on fait passer le fil de cuivre de façon à faire une anse solide et résistante sur laquelle on la maintient. On place ensuite un, deux ou trois autres fils de cuivre suivant le volume du paquet hémorroïdal. Le pourtour de l'anus est protégé par des compresses mouillées.

Cela fait, le chirurgien prenant une des anses du fil de cuivre l'attire à lui; puis il saisit entre les mors de la

pince cautère la masse ainsi attirée et pédiculisée et serre progressivement jusqu'à ce que les deux branches se touchent : l'anse de fil de cuivre lui reste dans la main. A la place de la masse hémorroïdale ainsi pincée, il ne reste qu'une lame noirâtre mince comme du papier : quelquefois même il ne reste rien.

Cette façon de détruire les hémorroïdes a été quelquefois désignée sous le nom pittoresque de *volatilisation* qui, je crois, mérite de rester.

On répète la même manœuvre sur les autres fils de cuivre.

Quand l'opération, une fois faite, on regarde l'anus, on voit sur son orifice des bandes radiées, alternativement formées de tissus intacts et de tissus cautérisés. Deux surfaces cautérisées sont séparées par une surface où le bourrelet hémorroïdal est intact ; mais cet état n'est que passager et bientôt vont se produire des modifications très importantes et sur lesquelles nous allons insister.

Auparavant il importe de revenir un peu sur quelques points de l'opération.

L'hémorrhagie est nulle ou à peu près et encore cette hémorrhagie apparaît-elle plutôt avant que pendant l'opération ; elle est due à la piqure du paquet hémorroïdal soit par l'érigne, soit par l'aiguille dont est armé le fil de cuivre.

Mais cette hémorrhagie est facilement arrêtée par la cautérisation qui suit immédiatement. Et c'est ici que se montrent les avantages de la pince cautère écrasante. En effet, l'instrument agit à la fois par écrasement et par cautérisation : le pincement bouche la lumière des vaisseaux et empêche l'hémorrhagie, et dans tous les cas si au début, la

pince est trop chauffée pour avoir un effet hémostatique, elle se refroidit assez vite pour arriver à la température où cette action hémostatique s'exerce efficacement : nous avons ici combinées l'action destructive et l'action hémostatique que ne peut avoir simultanément le thermo-cautère, avec les gros bourrelets hémorroïdaux d'où le sang s'échappe en si grande abondance.

Les phénomènes qui se passent dans les jours suivants sont très simples et vont expliquer la façon dont s'opère la cure radicale.

En effet, le lendemain de l'opération, on voit les paquets hémorroïdaux situés entre les bandes cautérisées se tuméfier, devenir rouges, un peu douloureux, (très peu douloureux), et un peu chauds ; ils offrent manifestement les signes de l'inflammation ; ils forment à l'orifice anal, un bourrelet plus considérable que le bourrelet hémorroïdaire primitif, mais avec des caractères différents. Les parties cautérisées sont cachées, et ne se montrent que sous la forme de fentes très profondes, noirâtres, disposées comme les rayons d'une roue.

Ces phénomènes inflammatoires ne s'accompagnent pas ordinairement de réaction générale : ils sont modérés ; s'ils paraissent devoir dépasser les limites d'une inflammation simple, on se trouverait bien d'applications tièdes et humides d'eau de guimauve, eau de sureau (l'acide phénique paraît un peu irritant). Il sera même bon de faire ces applications d'emblée sans attendre que l'indication s'en présentât.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons jamais vu cette inflammation aboutir à la formation d'un abcès. Après quatre ou

cinq jours, huit au plus, l'inflammation est complètement tombée ; les saillies se sont affaissées, les eschares elles-mêmes sont tombées, et à la place on voit des plaies roses qui se cicatrisent assez promptement en se rétrécissant de plus en plus : après trois semaines la guérison est complète ou à peu près.

Ce que je viens de dire montre le processus de la guérison.

Tout d'abord la cautérisation détruit le cercle vasculaire de l'extrémité inférieure du rectum, interrompt leur continuité, sépare des tronçons de vaisseaux du reste de la circulation et en favorise l'oblitération. Mais, suivant nous, la part la plus importante dans la guérison revient à l'inflammation secondaire. Celle-ci, qui est presque toujours, sinon toujours plastique, détermine une phlébite adhésive qui amène l'oblitération des veines et en même temps une périphlébite qui convertit toutes les parties non touchées par le cautère en un tissu fibreux au milieu duquel la récurrence est impossible.

Ces parties là sont néanmoins, ainsi que l'expérience le prouve, suffisamment extensibles pour permettre la dilatation de l'anus au moment de la défécation ; elles ont en même temps assez de tonicité pour fermer complètement l'orifice anal et empêcher de nouveau la sortie d'un bourrelet hémorroïdal, dans le cas où pour une raison quelconque on ne l'eût pas détruit suffisamment. Il est très remarquable de voir et de constater combien cette occlusion de l'anus est parfaite même chez les individus où la pro-cidence habituelle des hémorroïdes avait déterminé un relâchement du sphincter tel, qu'il était possible avant

l'opération d'introduire très facilement deux et trois doigts.

En résumé le traitement des hémorroïdes par la pince cautère écrasante détruit non-seulement les hémorroïdes et supprime tous les accidents qu'elles peuvent occasionner, mais encore redonne au sphincter la tonicité qu'il avait perdue (1). »

Dix-neuf fois dans le service nous avons vu employer cette méthode et toujours avec succès. Le cas d'hémorrhagie signalé dans l'observation 10 et celui d'érysipèle des observations 4 et 11 trouvent leur explication trop naturelle pour qu'il soit permis de les attribuer aux suites de l'opération.

Enfin la statistique de M. le professeur Richet porte sur plus de 160 cas dans lesquels deux cas d'insuccès seulement et encore un d'eux ne saurait-il être imputé à l'opération. Il s'agit d'une femme qui le jour ou le lendemain de l'opération descendait au jardin de l'ancien l'Hôtel-Dieu. Elle fut prise d'une pneumonie qui ne tarda pas à dégénérer en pleuro-pneumonie et succombait quelques jours après à cette affection. On ne peut en conscience imputer ce cas de mort aux suites de l'opération.

1. Bazy. Note inédite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par le docteur Bazy).

M. P.-M. B..., 28 ans, est atteint d'hémorroïdes depuis l'âge de 20 ans environ. En 1879, les hémorroïdes devenant procidentes et douloureuses, je lui pratiquai la dilatation forcée de l'an.

Il fut soulagé pendant deux ans ; mais à partir de la fin de l'année 1881, les hémorroïdes commencèrent à redevenir procidentes au moment de la défécation et à le gêner beaucoup. Mais ses nombreuses occupations l'empêchaient de se soigner, et, pour remédier à ce fâcheux état de choses, il prenait l'habitude d'aller tous les soirs à la garde-robe avant de se coucher. Les hémorroïdes sortaient, et il se mettait ensuite dans son lit et passait alors une heure, deux heures quelquefois, assis, à presser son anus sur un petit rouleau de linge ; les hémorroïdes finissaient par rentrer. Cette situation commençait à l'inquiéter d'autant plus que chaque jour il perdait du sang. Et, en effet, on aurait pu le suivre à la piste, grâce aux taches de sang qu'il laissait sur le parquet en allant des cabinets à son lit. Il me demanda de lui faire un traitement qui ne l'empêchât pas de vaquer à ses occupations. Je lui proposai l'injection d'ergotine d'après la méthode préconisée par M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, je lui fis cinq injections qui ne donnèrent aucun résultat.

Quelque temps après la situation alla s'aggravant, il était obligé de rester quatre ou cinq heures assis sur son lit avant que ses hémorroïdes ne fussent rentrées. Quelquefois même elles ne rentraient pas, et la journée devenait très pénible pour lui.

Le 15 mai 1882, au soir, il me fit appeler en toute hâte ; ses hémorroïdes étaient sorties ; depuis une heure il cherchait à les faire

rentrer sans y parvenir, il souffrait atrocement. Je fus obligé de lui donner du chloroforme, elles rentrèrent facilement. Dès lors, il me supplia de l'opérer le plus tôt possible, il fut très désappointé quand je lui dis que je ne pouvais faire l'opération que le 19.

Le 17. — Je fus obligé de procéder à une nouvelle réduction sous le chloroforme.

Depuis quelque temps, les hémorroïdes s'accompagnaient de prolapsus de la muqueuse du rectum.

Le 19. — Je procédai à l'opération avec l'aide de mes amis, MM. de Lapersonne et Lecoq, internes très distingués des hôpitaux.

Je fis trois applications de la pince-cautère écrasante en suivant bien exactement les règles formulées par le professeur Richet. Le soir il y eut une rétention d'urine qui disparut par le cathétérisme pratiqué deux fois.

La douleur fut modérée, un peu plus vive chez ce malade qui est très nerveux qu'elle ne l'est d'habitude. Les choses se passèrent comme je l'ai indiqué, et le 25 mai le malade était sur pied, commençant déjà à reprendre ses affaires dans la maison. Il restait trois petites plaies qui ne tardèrent pas à se cicatriser, car au bout de trois semaines la guérison était complète et n'est pas démentie depuis.

Son sphincter lui a paru un peu serré dans les premiers mois : aujourd'hui il n'en est plus rien.

Le docteur Bazý fait suivre l'observation de cette réflexion : c'était la première fois que je pratiquais cette opération, et sa simplicité qui a étonné MM. de Lapersonne et Lecoq montre bien quelle est sa valeur.

OBSERVATION II

Prod'homme, 28 ans, employé de commerce, souffrait depuis trois ans de tumeurs hémorroïdales qui sortaient pendant la marche, la défécation était pénible et douloureuse par suite de la procidence des

tumeurs veineuses ; la réduction s'opérait assez facilement ; pas d'hémorrhagies considérables, cependant la gêne fonctionnelle amena le malade à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry n° 28, le 27 avril ; il fut opéré le 28 par la méthode de la pince-cautère écrasante. Pas d'accidents graves à part une réaction locale un peu vive au début, trois semaines après la plaie était cicatrisée et le malade sortait le 16 mai guéri.

OBSERVATION III

Bourguignon Louise, âgée de 50 ans, ménagère, entrain à l'Hôtel-Dieu, le 18 février salle Notre-Dame, lit n° 23. La malade était pâle, anémique et se plaignait de nombreuses et abondantes hémorrhagies par l'anus. Au toucher on sentait après avoir franchi difficilement le sphincter contracturé, deux masses molles au toucher qui apparaissaient à l'orifice anal, avec tous les caractères des tumeurs hémorroïdaires. La malade voulant en être débarrassée à tout prix fut opérée le 20 février par la méthode de M. le professeur Richet, la cicatrisation se fit sans accidents et la malade sortait guérie le 13 mars.

OBSERVATION IV

Bourrier Auguste, âgé de 49 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 29 décembre 1881, salle Saint-Landry n° 9, pour de nombreuses et fréquentes hémorrhagies par la voie rectale. A l'examen on aperçoit une grosse masse hémorroïdaire faisant saillie au dehors qui se réduit assez facilement, mais se reproduit au moindre effort ; le doigt introduit dans le rectum constate un relâchement du sphincter ce qui explique la procidence de la tumeur. Le malade fut opéré le 7 janvier 82, la plaie allait bien lorsque le huitième jour éclate un erysipèle, néanmoins le malade guérit et sort le 8 février.

OBSERVATION V

Flachet Léon, 21 ans, entre le 12 août 1882 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, se plaignant de violentes douleurs et d'hémorrhagies accompagnant la défécation. En ordonnant au malade de produire des efforts d'expulsion on voit apparaître à l'orifice anal une masse rouge, violacée, caractéristique. Le toucher est douloureux, le sphincter contracturé. Le malade fut opéré le 13 janvier avec la pince cautère écrasante, la cicatrisation suivit sa marche naturelle sans accidents consécutifs et le malade sortit guéri le 14 février.

OBSERVATION VI

Vigne Pierre, 49 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 11 janvier 1882. Le malade se plaint de douleurs rectales intenses, consécutives à la défécation, selles sanglantes; marche rendue difficile par suite du prolapsus d'une grosse masse hémorroïdaire, il est considérablement affaibli et demande lui-même qu'on le débarrasse de sa maladie. La masse est divisée en trois parties qu'on pédiculise et au moyen de la pince-cautère, on les détruit. Le lendemain, réaction assez vive, cataplasmes, lotions émollientes, puis la plaie prend bon aspect et le malade sort guéri le 10 février 1882.

OBSERVATION VII

Auturquin Louis, garçon de magasin, 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu salle Saint-Jean, n° 12. Le malade dit que depuis plusieurs années à la suite d'excès de travail, de marche ou quelquefois en allant à la garde-robe il sort de l'anus une petite masse qu'il réduit assez difficilement, hémorrhagies assez abondantes. Au toucher on a le doigt très forte-

ment serré par le sphincter contracturé. Le malade est opéré le 18 juin, la tumeur attirée au dehors avec une érigne, puis pédiculisée en trois portions est détruite avec la pince cautère, pas de complications, le malade sort guéri le 18 juillet 1881.

OBSERVATION VIII

Hay Pierre, 42 ans, garçon de magasin, entre le 12 mai à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, lit n° 36. Le malade pâle, affaibli, présente dans le sillon interfessier au niveau de l'orifice anal une tumeur hémorroïdaire grosse comme le poing, saignant au contact du linge, et rendant la marche impossible et douloureuse. Relâchement du sphincter. Il fut opéré le 24 mai 1881. M. le professeur Richet divisa la masse en quatre parties et les pédiculisa avec le fil de fer dont on se sert dans ce mode opératoire, puis les détruisit avec la pince-cautère. Réaction assez vive, cataplasmes, émollients, la plaie se déterge, les eschares tombent et un mois après le malade sortait guéri.

OBSERVATION IX.

Dipper Philippe, 49 ans, employé de commerce, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 février, salle Saint-Landry, lit n° 14 (bis).

Le malade est porteur de bourrelets hémorroïdaires qui remontent à une date éloignée, pour lesquels on a déjà pratiqué la dilatation forcée, sans autre résultat qu'un amendement dans la douleur, mais persistance de la gêne dans la marche, suintement irritant, excoriations au niveau des parties voisines; la tumeur est procidente, et un certain degré de contracture du sphincter explique le peu de facilité de réduction. Opération le 5 mars par la pince cautère écrasante, réaction inflammatoire assez intense au début, mais trois jours après, les symptômes tombent, et la cicatrisation étant complète trois semaines après, le malade sort le 3 mars.

OBSERVATION X.

A..., 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, lit n° 13, le 6 novembre 1882.

A l'examen, on aperçoit au niveau du sillon interfessier une masse grosse comme le poing faisant saillie au dehors de l'orifice anal, qu'on reconnaît au premier abord pour une tumeur de nature hémorroïdaire. L'affection remonte à plusieurs années, douleurs très intenses pendant la défécation et se prolongeant après, exacerbations parfois tellement vives que le malade tout entier à la recherche d'un soulagement à ses douleurs atroces, nous raconte qu'en plein hiver il allait prendre des bains de siège dans l'eau glacée. Le toucher est douloureux, le sphincter contracturé, on constate que d'autres bourrelets hémorroïdaires remontent assez haut dans le rectum au-dessus du sphincter interne.

La contraction de sphincter étant très prononcée, le Dr Bazy pratique la dilatation forcée., le bourrelet hémorroïdal se précipite au dehors pour ne plus rentrer. Les douleurs ont cessé complètement, mais le bourrelet est toujours procident; la position ainsi est devenue impossible, la marche très pénible : il survient de l'érythème et le malade revient en janvier 83 pour se faire débarrasser de la tumeur hémorroïdale qu'il supporte aussi difficilement qu'avant la dilatation, quoiqu'il n'y ait plus de phénomènes d'étranglement.

Le malade est opéré le 5 janvier 1883 par la méthode de M. le professeur Richet. Le soir et les jours suivants le malade rend dans ses garde-robes de nombreux caillots; injections froides, tamponnement de la plaie opératoire; ce phénomène insolite a bientôt son explication. M. Richet constate que le sang perdu par le rectum ne provient pas de la plaie et que l'intervention ne peut être incriminée dans son mode ni dans son urgence, mais que l'hémorrhagie a son origine dans les bourrelets supérieurs signalés déjà au premier examen du malade. Réaction locale un peu vive au début, le malade est très affaibli; néanmoins les hémorrhagies diminuant les jours suivants pour

cesser bientôt, la guérison retardée ne tarde pas à se produire et le malade sort le 15 février 1883.

OBSERVATION XI

X. Louise, âgée de 42 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit n° 7, pour une fracture. Après être guérie de sa fracture elle se plaignait de douleurs vives à l'anus, douleurs que l'on attribuait à une fissure anale, mais le toucher trancha la question, bourrelets hémorroïdaires procidents quelquefois pendant la défécation, hyperesthésie et contracture du sphincter. La malade fut opérée le 30 janvier 1883 avec la pince cautère écrasante. Tout allait bien lorsque le troisième jour éclate un érysipèle, complication qui s'explique par la présence de deux autres érysipèles dans la salle. La guérison se produisit néanmoins sans autres accidents et la malade sortit le 5 mars 1883.

PARALLÈLE ENTRE LA PINCE CAUTÈRE ÉCRASANTE ET LES AUTRES MÉTHODES

Dans ce parallèle que nous allons établir entre la pince cautère écrasante et les autres moyens de traitement, nous commencerons par éliminer les procédés qui actuellement sont abandonnés de tous, tels que les scarifications, l'incision et l'excision par le bistouri. Parmi les autres méthodes ou procédés, nous éliminerons encore ceux qui n'ont que des effets palliatifs. Nous avons ici surtout en vue la dilatation forcée, telle qu'elle a été proposée par M. le professeur Verneuil et ses élèves. Assurément cette méthode donne de bons résultats, en faisant cesser la turgescence, la procidence des hémorroïdes, remédiant par le fait même aux symptômes les plus pénibles de l'affection. Mais,

comme nous le voyons par trois observations de notre travail (Observ. I, IX et X), cet effet n'est que temporaire. Nous ne voudrions pas ôter tout mérite à ce procédé de cure des hémorroïdes, mais nous croyons que les auteurs ont été surtout séduits par la simplicité opératoire et par la rapidité avec laquelle disparaissaient les symptômes douloureux. Mais, comme il arrive en beaucoup de circonstances, ils n'ont pas pu suivre assez leurs malades, pour juger de l'effet définitif de l'opération. Nous trouvons dans notre travail deux cas que nous avons eu la chance de rencontrer et qui montrent bien l'action temporaire de ce mode opératoire. Dans l'un (Observat. X) la dilatation forcée indiquée par la contracture du sphincter, par la difficulté de la réduction après la procidence des hémorroïdes, par les douleurs épouvantables qu'éprouvait le malade dès que cette procidence s'était produite, cette dilatation forcée n'a eu pour effet que de supprimer la douleur. Mais à ce symptôme s'en sont substitués d'autres. En effet la dilatation n'a eu pour résultat, en relâchant le sphincter, que d'amener une procidence permanente. L'énorme bourrelet qui en est résulté, peu gênant quand le malade était au repos ou couché, donnait lieu à une gêne considérable lorsque le malade voulait s'asseoir et surtout voulait marcher. Aussi sous l'influence de la marche, ce bourrelet donnait lieu à un suintement gênant, irritant, à de légères excoriations et le malade revenait deux mois après dans le service prier le professeur Richet de le débarrasser définitivement.

Dans l'autre (Observat. I), la guérison s'est maintenue pendant deux ans, c'est-à-dire les douleurs et les hémor-

rhagies avaient cessé. Au bout de ce temps, le sphincter ayant repris ses droits et les hémorroïdes n'ayant pas perdu les leurs, elles ressortaient plus turgescents que jamais, s'accompagnant de prolapsus de la muqueuse du rectum et finalement forçaient le malade à demander une intervention chirurgicale. Aussi, croyons-nous que ce mode de traitement ne conviendra qu'aux personnes pusillanimes, qui ne voudront pas entendre parler d'opérations plus radicales. Et encore devront-elles être averties qu'elles sont exposées à la récurrence.

Nous ne ferons donc pas entrer en ligne de compte, dans notre étude comparative, la dilatation forcée, attendu qu'elle n'est que palliative.

Ce sera donc à la comparaison avec les autres procédés opératoires que nous bornerons notre étude.

Nous avons vu, dans le cours de ce travail, que le traitement des hémorroïdes par la pince cautère écrasante avait un double but : 1° détruire les hémorroïdes ; 2° prévenir le rétrécissement cicatriciel de l'orifice anal. Le premier but est atteint par deux moyens : *a*. La cautérisation et la destruction immédiate du bourrelet ; *b*. L'inflammation adhésive ou plastique, qui s'empare des parties saines voisines ou intermédiaires aux parties cautérisées et aboutit à l'oblitération des canaux veineux de la région.

Nous ajouterons que la pince cautère écrasante en même temps qu'elle est destructive est aussi hémostatique. Retrouverons-nous ces différentes qualités dans l'emploi des autres moyens de cure ou de traitement des hémorroïdes, c'est à cela que, somme toute, se réduit la comparaison

du traitement des hémorroïdes par la pince caustère écrasante, avec le traitement par les autres moyens.

L'écraseur linéaire, si on l'emploie comme Chassaignac l'avait employé primitivement, c'est-à-dire en enlevant totalement et d'un seul coup le bourrelet, remplira bien le premier but, à savoir la destruction du paquet hémorroïdal, mais en revanche substituera à une infirmité très pénible, il est vrai, une autre infirmité non moins pénible, à savoir le rétrécissement consécutif de l'orifice anal. Tout le monde connaît l'histoire de cet officier, opéré de cette manière par Chassaignac, qui voulait faire un mauvais parti à son chirurgien parce qu'il avait remplacé une maladie insupportable par une autre plus insupportable encore. Si au contraire, on emploie l'écraseur linéaire par le procédé du professeur Gosselin, adopté par Chassaignac, on supprime l'éventualité d'un rétrécissement anal consécutif, mais on ne réduit que partiellement le bourrelet hémorroïdaire ; car l'écraseur linéaire ne détermine pas à son voisinage cette inflammation plastique des parties restées saines, inflammation cependant si nécessaire à la coagulation du sang dans les veines qui n'ont pas été atteintes. Or, si nous avons bien observé la marche du processus par lequel passe le bourrelet hémorroïdal opéré par la pince, nous avons vu que l'inflammation secondaire était au moins aussi nécessaire à la guérison que la destruction partielle du bourrelet. Cette inflammation n'existe pas et ne saurait exister avec l'écraseur linéaire.

De l'avis du professeur Gosselin lui-même, qui cependant a tant vanté le traitement des hémorroïdes par l'acide azotique, ce moyen ne peut rendre de services que dans le

cas où le bourrelet est petit ; il ne convient nullement à ces grosses masses hémorroïdaires qui sont les plus douloureuses et les plus dangereuses à la fois. De plus ce mode de traitement est long, douloureux. Il ne saurait même, dans le cas de petites hémorroïdes, supporter la comparaison avec le procédé si expéditif de la volatilisation.

Le traitement par les injections d'ergotine préconisé par M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, malgré les succès qu'il lui a donnés, ne nous inspirerait qu'une médiocre confiance, surtout après l'insuccès que nous avons signalé dans une de nos observations (Observ. I).

Nous n'avons pas d'expériences sur le traitement par les injections de solutions phéniquées très employées en Amérique ; aussi n'insisterons-nous pas. Nous en dirons autant du traitement par la ligature qui est douloureux et auquel nous ferons le même reproche qu'à l'écraseur linéaire, à savoir qu'il n'agit qu'en détruisant une partie du bourrelet, et respectant au contraire les autres ; ce qui est insuffisant pour amener la cure radicale.

La cautérisation par le fer rouge atteint en grande partie le but de la pince cautère écrasante, mais le fer rouge est d'une application moins simple, il n'a pas de point d'appui et on court le risque de dépasser les limites des points à atteindre. De plus on n'a pas ici l'action écrasante que donne la pince du professeur Richet.

Nous n'insisterons pas sur le clamp employé par les Anglais à cause des complications du manuel opératoire.

Évidemment le point capital de la question est la comparaison des résultats fournis par le thermo-cautère et

ceux que nous donne la pince cautère écrasante. Quand on a entre les mains un instrument se maniant aussi facilement que le thermo-cautère, il semble qu'on doive définitivement abandonner le fer rouge dans tous les cas où celui-ci était indiqué. Il n'en est pourtant rien. Au risque de nous répéter, nous reproduirons les arguments qui nous paraissent militer en faveur de la pince cautère écrasante contre le thermo-cautère. Assurément si nous nous trouvions en présence de tissus simplement vascularisés, dans lesquels les parties solides eussent autant de place que les parties liquides, en d'autres termes, si le tissu connectif, musculaire, si les parois vasculaires tenaient autant de place que les canaux veineux eux-mêmes, l'emploi du thermo-cautère serait justifié par la simplicité et la facilité de son emploi. Mais il faut se souvenir que les bourrelets hémorroïdaires sont formés à peu près exclusivement par du sang, que les parois qui limitent les lacs sanguins sont excessivement minces, que les tissus interposés entre ces parois vasculaires sont très réduits sinon absents, que l'on se trouve, pour ainsi dire, en présence d'une tumeur érectile, on verra que le but principal à atteindre est l'hémostase.

Or, si le thermo-cautère manié avec soin arrête facilement une hémorrhagie artérielle, provenant même d'un vaisseau assez volumineux, il sera impuissant à arrêter l'hémorrhagie venant d'orifices largement béants, comme le sont ceux des veines hémorroïdales. En effet, pour que le thermo-cautère ait une action hémostatique, il faut qu'il soit chauffé au rouge sombre et alors le sang qui se dépose à la surface vient facilement l'encrasser et l'éteindre et dès

lors son action devient nulle. Si on le chauffe au rouge vif, de manière à l'empêcher de s'encrasser, il sectionnera facilement le bourrelet, mais alors il n'a plus aucun effet hémostatique.

On voit donc que le thermo-cautère ne réunit aucune des conditions nécessaires à une bonne opération et dès lors il est urgent de lui substituer un autre appareil instrumental qui aura pour but non seulement de détruire le bourrelet, mais encore d'assurer l'hémostase d'une façon efficace.

Si donc nous résumons ce parallèle, nous voyons d'une façon générale qu'aucun des moyens employés pour détruire les hémorroïdes ne répond mieux que la pince cautère à l'idéal que réclame ce traitement, à savoir la facilité, la sûreté dans l'exécution et la sécurité dans l'avenir.

Nous ne prétendons pas nier la valeur des autres procédés opératoires, ils ont donné et donneront encore des succès entre les mains des chirurgiens qui les emploieront, car tout dépend des circonstances, mais nous croyons qu'ils ne seront pas aussi complets qu'avec la pince cautère écrasante du professeur Richet.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Articulations de la colonne vertébrale.

Physiologie. — Usages du nerf grand sympathique.

Physique. — Chaleur animale.

Chimie. — Des combinaisons du phosphore avec l'oxygène.

Histoire naturelle. — Caractères distinctifs des batraciens.

Pathologie externe. — Des luxations de l'astragale.

Pathologie interne. — De l'ulcère simple de l'estomac.

Pathologie générale. — De la contagion, de l'infection.

Anatomie pathologique. — De l'hypertrophie glandulaire.

Médecine opératoire. — Du mode d'application des caustiques minéraux.

Pharmacologie. — Du vinaigre de vin. Préparation des vinaigres médicinaux.

Thérapeutique. — De l'accoutumance en thérapeutique.

Hygiène. — Des pays chauds.

Médecine légale. — Quelle est la valeur des faits sur lesquels un expert peut se fonder pour affirmer qu'il y a empoisonnement.

Accouchements. — Des vomissements incoercibles.

Vu par le Président de la thèse,

RICHET.

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

